

**DOSSIER INSCRIPTION
TEMPS PERISCOLAIRES,
ANNEE SCOLAIRE 2020-2021**



ENFANT

NOM : Prénom :

SEXE : GARCON FILLE

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 : Père Mère Tuteur

NOM : Prénom :
Né le : à Adresse :
Tél. domicile : Tél. portable :
Tél. professionnel : Courriel :

Responsable légal 2 : Père Mère Tuteur

NOM : Prénom :
Née le : à Adresse :
Tél. domicile : Tél. portable :
Tél. professionnel : Courriel :

Autorité Parentale : OUI NON
Prévenir en cas d'urgence : OUI NON
Payeur : OUI NON

Autorité Parentale : OUI NON
Prévenir en cas d'urgence : OUI NON
Payeur : OUI NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

Garde conjointe et simultanée des 2 parents. **Garde chez un seul parent (à préciser) :**

Garde alternée - Semaine paire, chez :
- Semaine impaire, chez :

ASSURANCES

Régime d'assurance maladie : CPAM MSA Autres

CAF : Numéro d'allocataire : Hérault Autres

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autres que les parents)

NOM Prénom	Lien parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

(*) REC : pouvant récupérer l'enfant
(*) URG : à prévenir en cas d'urgence si absence des parents

Cadre réservé à l'administration

Maternelle Elémentaire

Ecole d'affectation : Escholiers Louise Michel Ormesson Cassin/Cabrol

INFORMATIONS MEDICALES

➤ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TETANOS		HEPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYELITIS		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS EVENTUELS (préciser)		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : Téléphone :

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires : Oui Non

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :
Coqueluche Oreillons Rougeole
Rubéole Scarlatine Varicelle Angine Otite Rhumatisme

L'enfant a-t-il :

- **de l'Asthme** Non Oui

- **des allergies** : Non Oui Préciser :

- **un PAI** Non Oui alimentaire /autre

Autres difficultés de santé à signaler :

AUTORISATIONS

- Je souhaite que mon enfant bénéficie du plat de substitution sans porc végétarien

- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires
Oui Non

- Transporter mon enfant par les véhicules de la commune ou les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées
Oui Non

- A utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville
Oui Non

Nous, Monsieur/Madame et Monsieur/Madame
Responsables légaux de l'enfant : déclarons l'exactitude des informations portées sur ce dossier.

Fait le
Signature du Père, mère, tuteur (1)

à
Signature du Père, mère, tuteur (1)

